

ỦY QUYỀN SỬ DỤNG VÀ/HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Chương trình Độc lập Nhận Con nuôi

Tôi, _____ sinh ngày _____, làm đơn này cho
Tên Khai sinh/Hợp pháp của cha/mẹ _____ Ngày sinh _____
 cho phép _____ Bác sĩ, Bệnh viện, Trạm Y tế, Trường học, Bác sĩ Trị liệu hoặc Cơ quan tiết lộ thông tin về

- Bệnh sử, tình trạng thân thể hoặc tâm thần, việc chăm sóc hoặc chữa trị của tôi, cho:
 Bệnh sử, tình trạng thân thể hoặc tâm thần, việc chăm sóc hoặc chữa trị của (các) con tôi là

Tên (những) đứa trẻ

sinh ngày _____, cho:
Ngày sinh _____

- Sở Dịch vụ Xã hội California (California Department of Social Services - CDSS)
 Cơ quan Được Hạt Ủy nhiệm Nhận Con Nuôi:

Địa chỉ _____
 Thành phố, Bang, Mã Zip: _____
 Số điện thoại: () _____

GIẤY PHỤ HUYNH ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Hạn chế/Thời hạn/Các Quyền

Sự ủy quyền của tôi hạn chế việc tiết lộ thông tin này cho các cơ quan nói trên vì mục đích lên kế hoạch nhận con nuôi. Sự ủy quyền này chỉ giới hạn trong loại thông tin y tế sau đây:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh sử và thông tin Y tế | <input type="checkbox"/> Bệnh sử và Thông tin Tâm lý-Xã hội |
| <input type="checkbox"/> Kết quả Thử nghiệm hay Khám nghiệm | |
| <input type="checkbox"/> Thông tin khác và/hoặc Giải thích: _____ | |

- Tôi ủy quyền tiết lộ những thông tin nói trên trong hồ sơ y tế của tôi hoặc đứa trẻ.
- Tôi hiểu rằng thông tin tiết lộ theo sự ủy quyền này có thể bị người nhận nó tiết lộ tiếp và không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật cá nhân của liên bang. Tuy nhiên việc sử dụng và tiết lộ lại thông tin đó phải tuân thủ các yêu cầu của Luật Gia đình Mục 9200 trở đi, và Đề mục 22 Luật về các Quy định của California Mục 35079 trở đi và 35049 trở đi.
- Sự ủy quyền này có thể được rút lại bất cứ lúc nào. Việc rút lại sẽ có hiệu lực từ khi nhận được nhưng không tác động tới việc sử dụng hay tiết lộ đã xảy ra khi sự ủy quyền này còn hiệu lực.
- Sự ủy quyền này sẽ có hiệu lực lập tức và sẽ hết hạn trong vòng một năm từ ngày ký.
- Bản photocopy của giấy ủy quyền này cũng có hiệu lực như bản chính.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận một bản sao của giấy ủy quyền này.

Ký tên: _____ Ngày: _____

Tài liệu này tuân thủ đòi hỏi về tính riêng tư của Luật Trách nhiệm và Chuyển nhượng Bảo hiểm Sức khỏe (Health Insurance Portability and Accountability Act -HIPAA).